



ひろいウィメンズクリニック
(問診票)

ふりがな

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 職業 (_____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

当クリニックをどのような方法でお知りになりましたか？

インターネット(Yahoo ・Google ・携帯 ・その他)

チラシ、タウンページ、知り合いからの紹介、他医療施設からの紹介 (_____)

駅看板、その他 (_____)

1) 本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

妊娠 月経異常(生理不順) 出血 生理痛 下腹部痛 不妊 腫瘍
おりもの かゆみ 更年期障害 排尿障害 膣や子宮が下がっている 避妊
月経変更 町田市子宮がん検診
その他 (_____)

2) 月経、妊娠、出産について教えてください。

初経 _____ 歳、閉経 _____ 歳

最近の月経の始まった日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

月経について 順調・不順 周期 _____ 日、持続 _____ 日間、量 (多・中・少)

3) ご結婚、妊娠、出産について教えてください。

結婚している(結婚 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・夫年齢 _____ 歳)、 未婚

妊娠 _____ 回(流産 _____ 回、中絶 _____ 回、子宮外妊娠 _____ 回)

分娩 _____ 回 正常分娩 _____ 回

異常分娩 _____ 回(帝王切開や鉗子分娩など)

4) 性交渉の経験について _____ ある _____ ない

5) 現在、内服中のお薬がありましたら、お書き下さい。

ない ・ ある (_____)

6) これまで治療や通院をしたことがある場合にお書き下さい。

病名 _____ .いつ頃 _____ .治療内容 _____ .

病名 _____ .いつ頃 _____ .治療内容 _____ .

病名 _____ .いつ頃 _____ .治療内容 _____ .

病名 _____ .いつ頃 _____ .治療内容 _____ .

その他 (_____)

7) アレルギーはありますか。 _____ ある(内容 _____) _____ ない

8) 輸血を受けたことがありますか。 はい いいえ

9) 手術を受けたことがある場合に下にお書き下さい。

・ _____ 歳 (手術) _____ .

・ _____ 歳 (手術) _____ .

・ _____ 歳 (手術) _____ .

・ _____ 歳 (手術) _____ .



ひろいウィメンズクリニック
(住所電話表)

ふりがな
お名前

_____ .

生年月日

昭和
平成

_____ . _____ . _____ .

ご住所 〒

_____ .

_____ .

_____ .

_____ .

電話番号

— — .

携帯番号

— — .